2020年度　看護管理者パワーアップ研修　受講申込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | | | 年齢 | 歳 | | | | 性別 | | 男・女 | | | | |
| 施設名 |  | | | | | 設置主体 | | |  | | | | | | |
| 勤務場所  （所属名） |  | | | | | | | 職位 | |  | | | | |
| 施設  所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 現住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | | | |
| 職歴  （役職についても記入） | 期間 | | | | | | | 施設名 | | | | | | |
| ～ | | | | | | |  | | | | | | |
| ～ | | | | | | |  | | | | | | |
| ～ | | | | | | |  | | | | | | |
| **＊添付できるメールアドレス：** | | | | | | | | | | | | | |
| 修了した  管理研修名  （協会・国・県等） | 自　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　至　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 主催 | | |
| 自　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　至　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 主催 | | |
| 免許取得後の実務経験年数 | 保健師  　　年 | 助産師  　　年 | 看護師　　　　　　　　　年 | | | | 准看護師  　　　　　年 | | | | | | 合計 | 年 |
| 受講に当たっての自分の役割から自施設の現状と課題を述べてください |  | | | | | | | | | | | | | |

＊Ａ4用紙1枚で提出してください。